

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 40

DÉFAUT DE PROPORTION
ENTRE
LES SIGNES CLINIQUES
DES REINS TUBERCULEUX
ET
LES LÉSIONS ANATOMIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Décembre 1932

PAR

Jacques-Benjamin CABIBEL

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MONTPELLIER (Hérault), le 18 avril 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		CHAVANNAZ, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 40

DÉFAUT DE PROPORTION
ENTRE
LES SIGNES CLINIQUES
DES REINS TUBERCULEUX
ET
LES LÉSIONS ANATOMIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Décembre 1932

PAR

Jacques-Benjamin CABIBEL

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MONTPELLIER (Hérault), le 18 avril 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		CHAVANNAZ, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

R. UMM. ROUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGES, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAU.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOVIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MES PARENTS

A MA MARRAINE
ET A MONSIEUR G. ALQUIER-GRIFFOULET

A MADAME ET MONSIEUR PAUL CABIBEL
ET LEUR FAMILLE

A TOUTE MA FAMILLE

A MA FILLEULE

AU DOCTEUR ANDRÉ DOMEQ
Médecin-Lieutenant des Troupes coloniales.

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTIN

*Professeur de clinique des voies urinaires à la Faculté de Médecine de Toulouse,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL CHARPENTIER

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Ancien Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON JURY DE THESE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

DÉFAUT DE PROPORTION

ENTRE

LES SIGNES CLINIQUES

DES REINS TUBERCULEUX

ET

LES LÉSIONS ANATOMIQUES

INTRODUCTION

Les reins tuberculeux présentent à la coupe des lésions souvent beaucoup moins importantes que ne le faisaient prévoir les signes cliniques.

Cette notion, banale pour des urologues, est presque superflue à rappeler devant notre jury. Mais il y a intérêt à la répéter pour les médecins non spécialisés, souvent étonnés qu'on ne puisse leur montrer, après une néphrectomie, les grosses lésions ulcéro-caséuses auxquelles ils s'attendaient.

Ce sera le but de notre petit travail, et nous prions notre vénéré Maître, M. le Professeur Duvergey, d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'hommage qu'il nous a fait en voulant bien accepter de présider notre thèse.

En ce qui concerne la division de notre étude, nous donnerons :

Un aperçu historique de la question.

Nous rappellerons les signes de certitude qui nous conduisent au diagnostic de la tuberculose rénale.

Les caractères anatomo-pathologiques de ces reins en apparence normaux et leur pathogénie.

L'exposé de quelques observations inédites, dont les unes dues à l'obligeance de M. le Professeur Martin, de la Faculté de Toulouse, les autres à celle de M. le Professeur Duvergey, plus quelques observations déjà publiées.

Quelques conclusions:

HISTORIQUE

Hartmann a rapporté à la Société de chirurgie, en 1913, un cas de tuberculose de l'uretère et du bassinet, reconnue par ailleurs au cours de l'intervention parce que l'uretère était gros et dur. Les lésions s'arrêtaient juste au niveau du rein; celui-ci était indemne. La séparation des urines avait été faite au diviseur.

Hartmann ajoute : « Les quelques recherches que j'ai faites m'ont permis de ne trouver qu'une observation identique, celle de Wildbolz. » Vu la date ancienne de ce document, nous ne faisons que le mentionner. D'ailleurs, les méthodes de diagnostic, parfaites aujourd'hui, n'étaient alors qu'approximatives. La néphrectomie, en cas de doute, était précédée de laborieuses néphrotomies; parfois, le chirurgien s'arrêtait à la lombotomie et laissait au temps le soin de trancher le diagnostic.

Les quelques observations publiées sont malheureusement trop courtes et souvent insuffisamment documentées.

Vincent, au XVII^e Congrès de l'Association française d'urologie, a publié en sept lignes et sans aucun détail clinique un cas de tuberculose primitive du bassinet.

A la suite de cette communication, Gauthier rapporte un cas où on avait trouvé du pus dans les urines du côté droit, les urines totales ayant tuberculisé le cobaye. Il n'y avait que des lésions du bassinet d'aspect tuberculeux. Pas d'examen histologique.

Au Congrès d'urologie 1926, p. 326, Oraison, de Bordeaux, rapporte un cas vu par lui en 1911. Légère pyurie, vessie ulcérée. La néphrectomie faite, il trouva des lésions rénales mini-

mes. La guérison suivit la néphrectomie. Le cas, devenu classique, de Marion : « Ce que cinq granulations tuberculeuses dans un rein peuvent déterminer », entre dans notre sujet. Marion dit lui-même : « L'opération consista en une néphrectomie d'un rein en apparence sain. » Cependant, à la coupe, sur les cinq granulations, trois étaient des plus nettes. Nous avons recueilli depuis d'autres observations où, avec des signes cliniques non moins évidents, les lésions visibles étaient bien plus réduites, sinon douteuses.

Voici maintenant le résumé d'un fait publié par Mandel : Diagnostic de tuberculose rénale posé à la suite d'une culture positive de bacilles tuberculeux sur pomme de terre glycinée, ensemencée avec les urines du rein droit. De ce côté, il y avait du pus, et l'élimination de l'indigo carmin était retardée. Au cours de l'opération, on ne constata aucune lésion. Résultat de l'examen de la pièce anatomique : « Rein de volume, consistance et coloration normaux. Bassinet recouvert sur sa portion supérieure par une muqueuse mince, normale. Sur la portion inférieure et le commencement de l'uretère, la muqueuse est épaissie, oedématisée, et l'on y distingue quelques nodules. » L'examen microscopique y découvrit des lésions tuberculeuses typiques.

Howard Zeck rapporte le cas suivant : Nous le résumons comme le précédent : Pus et bacilles tuberculeux abondants dans l'échantillon du rein droit, celui du rein gauche ne contenant ni pus, ni bacilles. Le fonctionnement des deux reins est à peu près égal. Le rein droit fut enlevé en dépit de son aspect normal et de celui de l'uretère. L'anatomo-pathologiste conclut à l'existence d'une pyélite non tuberculeuse. Malheureusement, nous n'avons aucun détail histologique, ce qui fait que l'auteur rapporte ce cas comme une erreur de diagnostic et en fit un cas de bacillurie simple.

Howard Zeck, sur le même mémoire, décrit un cas analogue. Il s'agit d'un rein enlevé avec le diagnostic de tuberculose, et sur lequel l'anatomo-pathologiste n'avait découvert aucune lésion.

« Convaincu qu'il devait y avoir une erreur, l'opérateur demanda qu'une coupe fût faite à travers une petite zone qui paraissait anormale près de la pointe d'une papille. On y trouva une zone de follicules tuberculeux francs avec de nombreuses cellules géantes.

D'ailleurs, les cas de bacillurie pure sont rares; on ne doit les admettre qu'après un sévère contrôle.

Plus récemment encore, de Berne-Lagarde a rapporté à la Société d'urologie un fait d'un autre ordre. Il s'agit d'une malade atteinte de tuberculose vésicale à forme hypertrophique prise pour un cancer. Il fit d'abord une cystectomie partielle large; puis, secondairement, l'analyse microscopique ayant montré des « traces de pus » dans le bassinnet gauche et les urines ayant tuberculisé le cobaye, il fit une néphrectomie. Le rein examiné n'offrit aucune trace de tuberculose. S'agirait-il donc d'un cas de tuberculose vésicale primitive ? D'après Legueu, ce serait une observation à peu près unique en son genre, à moins qu'une petite lésion tuberculeuse dans le rein n'ait échappé à l'histologiste, ce qui n'est pas absolument impossible.

Tout récemment, nous trouvons le travail de Martin : « Des erreurs dans le diagnostic de la tuberculose rénale », avec trois observations publiées.

A la suite de ce mémoire, Kummer, de Genève, publie une très belle observation rapportée par Marion dans le *Journal d'urologie*, 1931. Les lésions macroscopiques sont pour ainsi dire nulles. Le microscope montra la réalité des atteintes tuberculeuses.

Vintici signale à son tour un cas de rein enlevé pour tuberculose dans lequel les lésions furent insignifiantes. Nous l'avons rapporté dans notre observation VI et critiqué au chapitre suivant.

DES SIGNES DE CERTITUDE QUI CONDUISSENT AU DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE RENALE

Le diagnostic de la tuberculose rénale est en général facile. L'étude que nous entreprenons vise des cas de tuberculose rénale au début. Il nous est indispensable de bien préciser quels sont les moyens de diagnostic précoce et surtout quels sont les signes cliniques qui, groupés, permettent au chirurgien de pratiquer utilement la néphrectomie.

Nous savons que le rein, dans l'immense majorité des cas, s'inocule par voie sanguine. L'infection débute soit dans la corticalité de l'organe, soit au niveau des papilles. De là, les produits septiques vont ensemençer l'uretère, la vessie, puis, plus tard, l'autre rein. Nous laissons de côté les formes bilatérales d'emblée, qui sortent du cadre de notre modeste travail.

Tout à fait au début, nous pouvons trouver une bacillurie simple. Le rein laisse filtrer les bacilles de Koch sans être encore atteint lui-même. C'est ce que Gutierrez, de New-York, appelle tuberculose non chirurgicale. Il cite à l'appui le cas d'une petite malade dont le cathétérisme urétéral avait montré de façon certaine la présence de bacilles de Koch. La néphrectomie faite, la pièce montra un rein absolument sain, macroscopiquement et microscopiquement. Gutierrez reconnaît d'ailleurs qu'aujourd'hui de telles erreurs sont évitées.

Notre observation VI, déjà publiée dans le *Journal d'urologie* d'octobre 1932, a été reproduite *in extenso*. A notre avis, le diagnostic de tuberculose rénale a été posé un peu légèrement : lésions vésicales discrètes, déficience fonctionnelle peu marquée, absence complète de bacilles de Koch. Notre confrère de Bucarest a trouvé des lésions; il aurait très bien

pu tomber sur un rein sain. Avant toute chose, nous insistons sur la façon dont un diagnostic ferme doit être posé, quitte à multiplier les examens. La chose en vaut la peine, le traitement par la néphrectomie l'exige.

Quels sont donc les points du diagnostic que nous retiendrons et sur lesquels nous sommes irréductibles.

Nos malades viennent presque toujours nous consulter pour des atteintes vésicales. Irritation de la vessie par réflexe reinvésical, par les toxines tuberculeuses et par lésions anatomiques de l'organe. Le tableau est trop classique pour que nous nous y attardions; malade de 20 à 40 ans, présentant de petites poussées de dysurie, de pollakiurie diurne ou nocturne. Les urines sont troubles, la région lombaire quelquefois douloureuse. Souvent, le gonocoque est mis en cause, à moins qu'une hématurie douloureuse ne fasse croire à un calcul en migration. La cystite ou la cystalgie passe, tout rentre dans l'ordre pour un temps. Les troubles recommencent, le malade excédé réclame un médecin qui tranche le diagnostic.

Quels sont les signes de certitude sur lesquels se base le praticien ? La cystoscopie est inévitable. La recherche du bacille dans les urines vésicales est intéressante au point de vue documentaire. Les lésions tuberculeuses de la vessie nous retiendront davantage; elles sont bien visibles, indiquent presque toujours le côté atteint, l'uretère qui inocule. Quelquefois elles sont telles que l'uretère se dissimule et qu'il faut recourir à l'indigo-carmin. En cathétérisant l'uretère malade, quand cela est possible, nous touchons aux deux signes qui, groupés, donnent une certitude de diagnostic absolue: ce sont la présence de bacilles de Koch avec pus dans les urines urétérales et la déficience de concentration des urines.

De la recherche du bacille de Koch.

Presque tous nos maîtres s'accordent à préférer, à l'inoculation au cobaye, la recherche directe du germe dans les urines, recherche qui demande beaucoup de patience, mais

qui, avec les techniques aujourd'hui en usage, a l'avantage sur l'inoculation d'être immédiate et prête souvent à moins de causes d'erreur.

Qu'il nous soit permis à ce sujet de rapporter le cas arrivé à Chevassu et publié par lui dans le *Journal d'urologie*, 1931. Il avait inoculé un cobaye avec les urines d'une malade qu'il croyait atteinte de tuberculose rénale. Le cobaye sacrifié, les lésions sont nettement de nature tuberculeuse. D'autres cobayes sont par la suite inoculés et restent sains. Le cours de la maladie fut tel que la néphrectomie aurait été parfaitement inutile.

Nous sommes convaincu que la présence de pus et de bacilles de Koch dans les urines divisées sont un excellent signe de tuberculose rénale. La tuberculose isolée de l'uretère est très rare. Dans la majorité des cas, un examen approfondi du rein sous-jacent aurait permis de trouver des lésions tuberculeuses se comportant comme un foyer primitif d'infection.

Comme dit Legueu : « C'est lorsqu'on ne trouve pas de bacilles qu'il faut une grande prudence avant d'enlever le rein et ne l'enlever que s'il présente des signes extérieurs de tuberculose. »

De la déficience de concentration des urines.

Si la présence de bacilles dans les urines urétérales reste un excellent signe de tuberculose rénale, la constatation d'une déficience marquée de la concentration des urines du rein incriminé est décisive. Peu d'affections lèsent le parenchyme rénal dans son ensemble comme la tuberculose de cet organe. Nous n'avons guère rencontré qu'une exception, où c'est le rein malade qui est le meilleur. C'est sur une observation de Marion, où un rein supposé bacillaire était, au point de vue fonctionnel, supérieur à l'autre rein, présumé sain. Après examen approfondi, Marion pratiqua la néphrectomie. Il tomba sur un rein effectivement malade, mais congénita-

lement beaucoup plus développé que l'autre. Ce cas, d'ailleurs fort rare, n'est donc pas, à proprement parler, une exception. L'examen des chlorures, de l'urée, de la quantité des urines excrétées, donne une excellente idée de la valeur du rein lui-même. Il est classique de compléter ces examens par des éliminations provoquées en particulier par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine. Nous ne nous étendrons pas là-dessus, ce qui sortirait du cadre de notre thèse. C'est une des gloires de l'urologie moderne d'avoir, grâce à la cystoscopie, des tests d'une valeur décisive.

Moyens auxiliaires de diagnostic.

A côté de ces deux signes cardinaux, présence de bacilles dans les urines divisées, grosse déficience fonctionnelle du côté atteint; on recherche souvent l'urée sanguine, la constante d'Ambart; on pratique des radiographies, des pyélo-urétérographies, des pyélographies intraveineuses à l'urosélectan. Toutes recherches qui ont surtout de l'intérêt quand les signes principaux sont discutables et dans les formes avancées de l'infection. Nous ne les mentionnons que pour mémoire.

Le diagnostic posé commande la néphrectomie immédiate. La néphrotomie est actuellement rejetée par la majorité des praticiens comme peu instructive et dangereuse. Nous voulons prouver que la lombotomie exploratrice est inutile dans les cas où le diagnostic est certain. Ne faisons pas comme ce médecin américain, disant à Chevassu : « Mais ce sont des reins sains que vous néphrectomisez. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

Au moment de l'opération, au lieu de nous trouver en présence des lésions classiques et évidentes de tuberculose : périnéphrite, rein farci de granulations, lésions ulcéro-caséuses, avec uretère infiltré, tout paraît normal. Pas de périnéphrite, l'uretère est souple, le rein n'est pas toujours augmenté de volume, mais surtout pas la moindre trace de tuberculose, ni à la vue, ni au toucher.

Mais sectionnons le rein, parfois une heureuse chance nous fait tomber sur une lésion, mais bien souvent nous devons recouper ces mêmes tranches pour découvrir quelque chose de positif.

Quelles sont ces lésions ? Un tout petit abcès dans une pyramide, une caverne de la dimension d'un petit pois, une ou deux granulations jaunes assez évidentes, ou même des granulations grises, qui demandent pour être vues d'être regardées à jour frisant. Il arrive même que seules attireront notre attention deux papilles plus molles que normalement, comme nous l'indique notre observation IV.

Devant une telle difficulté à trouver des lésions macroscopiques, nous comprendrons combien précieux nous serons les examens histologiques. Ceux-ci confirmeront notre diagnostic clinique. Ce sont des lésions de sclérose, d'infiltrations lymphocytaires plus ou moins étendues, et, dans ce foyer de granulations, des foyers histio-cytaires organisés en follicules de Koster ou cellules de Langhans.

Parfois, la destruction poussée plus loin aboutit à la disparition des éléments nobles du rein, tels les tubes urinaires. Nous trouvons des formes de néphrites chroniques intersti-

tielles, de glomérulo-néphrites aiguës, et des hémorragies banales.

Cette netteté des lésions histologiques qui s'oppose à une apparence presque normale de l'organe nous donne l'explication des signes cliniques, parfois si marqués :

Syndrome vésical causé par la cystite tuberculeuse, secondaire à un foyer rénal, si minime soit-il. Bacilles de Koch issus du foyer rénal lui-même, que nous trouvons accompagnés de pus dans les urines divisées. Déficience de concentration que justifie un tissu rénal déjà en pleine dégénérescence.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur MARTIN.)

Tuberculose rénale gauche. — Pus, bacilles de Koch et déficience notable de la concentration uréique de ce côté. — Lésions très minimes.

D... (Auguste), 29 ans, entre le 7 septembre 1927, dans le service de Clinique urologique, atteint de tuberculose génitale fistulisée, pour laquelle on pratique une épидидymectomie à droite et une castration à gauche.

Urines troubles, dans lesquelles on trouve d'assez nombreux polynucléaires, mais pas de bacilles de Koch.

Cathétérisme urétéral bilatéral.

Rein droit. — Quelques polynucléaires. Pas de bacilles de Koch.

Volume : 18; 16,5; 9,5.

Urée p. 1.000 : 13,74; 13,00; 12,72.

Chlorures p. 1.000 : 6,96; 7,42; 6,78.

Rein gauche. — Pas d'éléments anormaux.

Volume : 6,3; 5,4; 2,6.

Urée p. 1.000 : 20,00; 24,00; 19,40.

Chlorures p. 1.000 : 11,58; 15,50; 14,04.

Vessie :

Volume : 2,2.

Urée p. 1.000 : 12,55.

Chlorures p. 1.000 : 12,36.

K = 0,14, avec urée sanguine = 0,632.

En septembre 1930, le malade revient à l'hôpital. Ses urines sont troubles et il accuse des signes de cystite, d'ailleurs légers.

Le cathétérisme bilatéral des uretères donne le résultat suivant :

Rein droit. — Pus. Nombreux bacilles de Koch.

Volume : 9,5; 18,5.

Urée p. 1.000 : 7,75; 8,25.

Chlorures p. 1.000 : 8,40; 8,50.

Rein gauche. — Pas d'éléments anormaux.

Volume : 6,5; 7,5.

Urée p. 1.000 : 14,25; 18,75.

Chlorures p. 1.000 : 12,20; 14,60.

K = 0,09; Urée sanguine = 0,43.

En somme, l'analyse pratiquée à trois ans d'intervalle, et par deux chimistes différents, montre une très notable déficience du fonctionnement du rein droit. Comme de ce côté on trouve au second examen du pus et des bacilles de Koch, la tuberculose rénale paraît certaine. Au surplus, la déficience fonctionnelle étant ancienne, il paraît légitime de penser que l'atteinte du rein est également ancienne et que l'on y découvrira des lésions avancées.

Néphrectomie (sous anesthésie au balsoforme). — L'étroitesse de l'espace costo-iliaque oblige à réséquer la 12^e côte.

Le rein extériorisé ne montre pas le moindre signe de tuberculose; il n'y a pas de périnéphrite, le bassin et l'uretère sont tout à fait souples. Confiant dans l'examen clinique, nous pratiquons tout de même l'exérèse.

Pièce anatomique. — Sur le rein débité en tranches de 4 ou 5 millimètres, nous ne voyons pas la moindre lésion tuberculeuse. Mais, recoupant ces tranches, nous finissons par découvrir dans une pyramide, près d'une papille, un tout petit abcès et deux granulations grises très voisines.

Examen histologique. — Petit abcès et granulations ont été entièrement prélevés en vue de l'examen histologique, qu'a bien voulu faire notre collègue et ami le Professeur Grynfeldt, de Montpellier. En voici le résultat :

« Coupe d'un fragment de rein prélevé au voisinage d'une papille.
— Sclérose dense du tissu interstitiel avec des foyers d'infiltration lymphocytaire très discrets dans la profondeur; ils sont de plus en plus abondants vers la surface, où ils finissent par confluer en formant une nappe de tissu de granulation qui forme vraisemblablement la paroi du petit abcès dont il est question dans la description macroscopique de la pièce.

» Dans ce tissu de granulation, il existe de nombreux foyers histiocytaires avec réactions giganto-cellulaires, organisées parfois en follicules de Köster, avec cellules du type de Langhans.

» Il s'agit donc bien d'une lésion spécifique tuberculeuse classique. »

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur MARTIN.)

Tuberculose rénale droite ancienne à forme hématurique. — Abcès périnéphrétique; caverne d'aspect cicatriciel et infiltration tuberculeuse étendue, peu marquée macroscopiquement, mais histologiquement profondément destructive.

C..., 26 ans, a présenté à plusieurs reprises des hématuries abondantes et des crises de pollakiurie douloureuse de peu de durée.

Le 25 mai 1930, le Docteur M. Tapie, médecin traitant, nous fait appeler en consultation auprès de ce malade qui, depuis dix jours, a d'abondantes hématuries totales, continues, et souffre de la région rénale droite. Ces douleurs ont présenté des exacerbations à forme de coliques néphrétiques.

Nous voyons que les urines sont fortement sanglantes et nous constatons des caillots informes au fond du vase. Le rein droit est perceptible à la palpation et douloureux quand on le presse.

Le malade est très pusillanime; un examen cystoscopique immédiat n'est pas possible.

Le 10 juin, l'hématurie a cessé. A la clinique, sous anesthésie

épidurale, la *cystoscopie* montre une muqueuse normale, sauf une zone d'œdème bulleux qui entoure l'orifice urétéral droit.

Le cathétérisme urétéral, d'ailleurs facile, donne les résultats suivants :

Rein droit. — Nombreux polynucléaires. Deux bâtonnets acido-résistants.

Volume : 6.

Urée p. 1.000 : 12,80.

Rein gauche. — Pas de pus. Pas de bacilles de Koch.

Volume : 8,8.

Urée p. 1.000 : 15,466.

Vessie :

Volume : 8,10; 47.

Urée p. 1.000 : 9,066; 14,40.

N. B. — Au bout d'une demi-heure, les sondes urétérales ont cessé de fonctionner, et on n'a recueilli que les urines vésicales.

Dans les urines vésicales, quelques jours après, on a trouvé des bacilles de Koch, assez nombreux.

Malgré la faible déficience de la concentration uréique des urines du rein droit par rapport à celles du rein gauche, nous pensons que le diagnostic de tuberculose du rein droit est certain, à cause de la présence de ce côté de pus et de bacilles de Koch. Toutefois, le petit nombre de bacilles trouvés dans les urines de ce rein nous engage à conseiller une nouvelle division d'urines. Mais comme le malade refuse cet examen, que d'ailleurs il n'accepterait pas, le cas échéant, une néphrectomie immédiate, nous faisons inoculer deux cobayes, avec les urines vésicales.

Disons tout de suite que, deux mois après, un des deux animaux inoculés était mort, sans qu'on ait fait l'autopsie. Celui qui restait était très amaigri; en le disséquant, nous trouvâmes des ganglions caséifiés dans l'aîne, du côté où l'inoculation avait été faite, et de très nombreux tubercules, de la rate, du foie et du poumon. Le diagnostic de tuberculose urinaire était donc confirmé.

Le 22 septembre, à notre rentrée de vacances, nous apprenons

que depuis quelques semaines le malade souffre beaucoup de la région rénale droite, où nous découvrons un gros abcès périnéphrétique. L'état général est mauvais. L'abcès ouvert, la situation s'améliore rapidement.

Le 27 novembre, il persiste au niveau de l'incision de l'abcès un trajet fistuleux large et profond. Les bords de l'orifice sont décollés, et sur les parois du trajet on distingue des pertes de substances arrondies, sortes de cupules à fond jaunâtre, résultant probablement de la fonte caséeuse de bourgeons charnus envahis par la tuberculose. L'état général s'est relevé, et nous pensons que le moment est venu de pratiquer la néphrectomie, que du reste le malade demande instamment.

Opération (le 29 novembre 1930). — Anesthésie au balsoforme. Incision sur la cicatrice, circonscrivant largement l'orifice fistuleux. Néphrectomie sous-capsulaire très pénible. Pince à demeure sur le pédicule.

Pièce anatomique. — Rein gros, sans la moindre trace extérieure de tuberculose, ni à la vue, ni à la palpation.

Sur une coupe frontale, passant par le bord convexe, on voit :

1° Au niveau du pôle inférieur, une caverne de la dimension d'un pois, à parois absolument lisses, ne contenant pas trace de matière caséeuse, paraissant, en d'autres termes, une caverne cicatrisée.

2° A la partie médiane, sur une papille, quelques granulations jaunes.

3° Sur la coupe du pôle supérieur apparaissent quelques très petites granulations grises, peu saillantes. Elles sont peu nettes et, pour les distinguer, il faut regarder attentivement la coupe à jour frisant. Le parenchyme rénal, au milieu duquel sont ces granulations, est d'apparence normale. On retrouve le même aspect sur des coupes horizontales de tout le pôle supérieur. En aucun point les rares granulations ne sont blanchâtres ni caséifiées.

En somme, il semble que l'on se trouve en présence de lésions anciennes de tuberculose ulcéro-caséeuse, au développement desquelles correspondaient les hématuries du début, et d'une poussée

récente de tuberculose miliaire discrète. Toutefois, le diagnostic macroscopique de celle-ci n'est pas évident.

Un large prélèvement est fait au niveau des lésions miliaires. Il a été examiné par le Professeur Grynfeltt, qui nous a adressé la note suivante :

« Le fragment de rein prélevé est constitué par un tissu inflammatoire chronique, formé d'un stroma conjonctif infiltré de cellules lymphocytiformes, au sein duquel se différencient des nodules histiocytaires, le plus souvent munis d'une ou de plusieurs cellules de Langhans des plus typiques. C'est du tissu d'infiltration tuberculeuse des mieux caractérisés, au point de vue histologique.

» Le squelette conjonctivo-vasculaire de l'organe est fibroïde, scléreux et infiltré lui-même de mononucléaires.

» De-ci, de-là, dans ce tissu inflammatoire, quelques tubes rénaux à peine reconnaissables et profondément modifiés. »

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur MARTIN.)

*Lésions ulcéro-caséuses du rein droit, paraissant cicatrisées,
et tuberculose urétérale en activité.*

L... (Jules), 41 ans, a présenté, en 1923, une albuminurie avec œdèmes. Au bout de six mois, les œdèmes ont disparu et l'albumine est tombée de 8 g. 5 à 0 par litre.

En novembre 1929, le malade a commencé à uriner souvent, surtout la nuit. Cette pollakiurie, peu douloureuse, s'est peu à peu accentuée jusqu'au moment de l'entrée dans le service, 10 juillet 1930. En outre, le patient a eu à plusieurs reprises des coliques néphrétiques à droite.

Au premier examen, les urines sont très purulentes. Après simple centrifugation, on y trouve une énorme quantité de bacilles de Koch. Ajoutons qu'une inoculation au cobaye, antérieurement pratiquée, a été positive.

Cystoscopie. — La vessie a une bonne capacité. A gauche, la muqueuse est d'aspect normal, l'orifice urétéral est facile à voir et à cathétériser. A droite, un gros œdème bulleux masque l'uretère et empêche le cathétérisme. Partout ailleurs, la muqueuse est saine.

Rein gauche. — Pas d'éléments anormaux.

Volume : 9,3.

Urée p. 1.000 : 15,15.

Chlorures p. 1.000 : 15,26.

Rein droit :

Volume : 2.

Urée p. 1.000 : 8,08.

Chlorures p. 1.000 : 7,16.

L'indigo-carmin est passé rapidement à gauche, pas du tout à droite.

N. B. — Les urines ont été recueillies seulement pendant une demi-heure, à cause de l'indocilité du malade.

L'aspect des urines, l'énorme quantité de bacilles de Koch qu'on y trouve, l'œdème qui entoure l'orifice urétéral droit, ne laissent aucun doute dans notre esprit sur l'existence d'une tuberculose rénale droite, bien que le cathétérisme urétéral n'ait pas été possible de ce côté. Nous conseillons donc la néphrectomie, sans la moindre hésitation. Ajoutons même que nous nous attendons à trouver à l'intervention de grosses lésions du rein.

Opération, le 17 juillet 1930. — Le rein est facile à isoler; cependant, au niveau du hile et du bassinet, il y a un tissu fibro-adipeux assez dense. A l'extérieur de l'organe, pas la moindre lésion, mais l'uretère au-dessous du bassinet est du volume d'un crayon et dur. Cette dernière constatation nous paraît suffisante pour enlever le rein.

Pièce anatomique. — Sur la coupe frontale de l'organe enlevé, on trouve, non point les grosses lésions auxquelles on s'attendait, mais seulement deux petites cavernes, dont les parois lisses ne présentent pas de substance caséuse. L'une est fermée et contient du liquide citrin, l'autre communique avec un calice. Autour de

ces cavernes, il y a une zone de tissu scléreux. Il semble, en somme, qu'il s'agit, comme dans l'observation précédente, de lésions tuberculeuses en voie de guérison, sinon guéries. La muqueuse du bassinet, normale à sa partie supérieure, est chagrinée sur la partie voisine de l'uretère, et celui-ci présente le même aspect. De multiples coupes du rein ne permettent pas de découvrir d'autre lésion.

Examen histologique, fait par le Professeur Grynfeltt :

1° Fragment prélevé sur la paroi d'une caverne. Coupe passant par la région labyrinthique. Nombreux corpuscules avec exsudat plus ou moins abondant dans la capsule de Bowmann. Disparition à peu près totale des tubes urinaires, dont les débris disparaissent dans un tissu d'infiltration lymphocytaire dense interposé aux glomérules. Le tissu en bordure de la cavité renferme de nombreuses cellules géantes;

2° Fragment prélevé sur la paroi de l'autre caverne. Mêmes lésions; mais la destruction est poussée plus loin. Scléroses de la propria de la capsule de Bowmann très développées. Dans le tissu d'infiltration, on relève quelques cellules géantes du type de Langhans;

3° Paroi du bassinet, reconnaissable à ses faisceaux musculaires infiltrés de nodules lympo-histiocytaires. La surface est largement ulcérée, et à ce niveau le tissu inflammatoire renferme de nombreuses cellules géantes, ébauches de follicules de Koster.

Suites opératoires. — Dans les jours qui suivirent l'acte chirurgical, les urines étaient aussi purulentes et contenaient autant de bacilles de Koch qu'avant l'opération. Peu à peu, elles s'éclaircirent, et deux mois après elles étaient presque limpides. A ce moment, il fallut une homogénéisation et de longues recherches pour y découvrir quelques rares bacilles de Koch. De toute évidence, les lésions de l'uretère abandonnées au cours de l'intervention étaient en voie de guérison.

OBSERVATION IV.

(M. R.-H. KUMMER, de Genève, Rapport de M. MARION,
Journal d'urologie, 1931, p. 73.)

Tuberculose d'un rein en apparence sain.

B..., âgé de 28 ans, est en parfaite santé jusqu'au 19 mai 1930. Il présente, dans la nuit du 19 au 20 mai, deux mictions hématuriques totales ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme et, en particulier, d'aucun phénomène vésical. Pas de pollakiurie, ni de dysurie. Le matin, l'urine est de nouveau claire, le malade ressent seulement un léger endolorissement de la région lombaire gauche, qui disparaît rapidement.

Dans les antécédents héréditaires, on ne relève rien d'anormal. Lui-même a eu la grippe en 1918. Il a fait plusieurs années aux colonies, il a souffert de la malaria pendant six mois, mais n'a eu aucune maladie tropicale. En 1923, il a eu une blennorrhagie avec cystite, guérie en trois semaines.

L'état général est bon. Les systèmes circulatoire, digestif, respiratoire, sont normaux.

Système urinaire. — Aucun trouble, à part cette hématurie totale : les reins ne sont pas perçus, la palpation est indolore; il n'existe pas de points douloureux urétéraux. Epididyme, déférents, prostate, normaux. L'urine contient des traces d'albumine et de sang, le dépôt contient quelques globules de pus, mais pas d'œufs de bilharzia.

Sang. — Wassermann négatif. Urée, 0,36 à 0,43 p. 1.000.

Cystoscopie. — Capacité 200 cc. Je constate de nombreuses ulcérations dans le bas-fond et en dehors des méats. Les plus grandes ont la dimension d'une pièce de 50 centimes, les bords sont circlinés et minés, le fond est jaunâtre. Le méat droit paraît normal, le méat gauche est un peu rouge, ses lèvres semblent avoir perdu de leur souplesse et être un peu œdématisées.

Le reste de la muqueuse vésicale est jaune paille, d'aspect nor-

mal, en particulier au sommet; il n'existe nulle part de granulations le long des vaisseaux.

Il s'agit donc vraisemblablement d'une tuberculose rénale gauche avec ulcérations tuberculeuses de la vessie. Cependant, de nombreux examens microscopiques du sédiment tant vésical que des urines sondées ne révèlent jamais de bacilles de Koch.

Une pyélographie faite à l'urosélectan à 30 p. 100, 10 cc. à droite, 6 cc. à gauche, ne révèle rien d'anormal.

Epreuves fonctionnelles. — Indigo-carmin, à droite, huit minutes; à gauche, dix minutes.

Phénolsulfonephtaléine.

	2 juin		13 juin	24 juillet		
	Droit	Gauche	Global	Droit	Gauche	Vessie
Volume en cc.	50	54	»	»	»	»
Urée p. 1.000.....	10,8	8,3	»	7,12	4,25	2,75
Chlorures p. 1.000.	17	13	»	9	6,5	4
P. S. P. p. 1.000 en 70 minutes.....	35	35	60	25	15	40

Elles montrent au début une inégalité de l'élimination de la sulfonephtaléine. Un mois plus tard, la filtration le long de la sonde empêche d'en tirer une conclusion.

Mais, d'emblée, on remarque un léger déficit des concentrations uréiques et chlorurées du rein gauche; c'est le seul fait, avec la douleur lombaire gauche ressentie le lendemain de l'hématurie, qui vienne à l'appui des conclusions que la cystoscopie nous avait permis d'en tirer.

Le dépôt des urines est mis en culture (Méthode de Holn); quelques semaines plus tard, les cultures du rein droit restaient stériles; tandis que celles de la vessie et du rein gauche sont luxuriantes. Le microscope affirme qu'il s'agit bien de bacilles de Koch.

Nous opérons le malade le 31 juillet, sous anesthésie à l'éther; néphrectomie rénale gauche par la voie de Bazy. Il n'existe pas de périnéphrite, le rein est d'apparence normale. L'uretère mince, souple, ne présente aucun des caractères de l'uretéríte tuberculeuse.

A la décapsulation de la pièce, nous ne constatons aucune adhé-

rence, aucune cicatrice, aucune granulation corticale. La section du rein ne révèle aucune lésion macroscopique, malgré un examen d'autant plus minutieux que plusieurs spectateurs nous entourent. Cependant, deux papilles paraissent un peu plus molles que normalement, et en regardant la muqueuse du bassinnet à jour frisant, on voit une légère excoriation, qui semble plutôt d'origine traumatique. Ces modifications si minimes, pour ne pas dire nulles, et les sourires sceptiques que nous recueillons nous amènent, sîtôt rentré, à consulter l'observation pour être sûr de ne pas nous être, quand même, trompé de côté.

Quelques fragments sont prélevés aux fins de culture, puis la pièce est expédiée à l'Institut pathologique de l'Université (Discussion Professeur Askanasy). Les prélèvements font penser aux assistants que des examens histologiques ont déjà été faits : ce qui les engage à ne pas vouloir répéter un travail qui leur paraît superflu, étant donné aussi que ce rein leur paraît sain. Il est nécessaire d'insister pour que cet examen soit fait, et nous recevons quelque temps après la réponse suivante :

« Rein ne présentant macroscopiquement que quelques hémorragies sous-muqueuses dans le bassinnet et une légère hyperhémie de la corticale.

» Au microscope : glomérules tuméfiés, riches en noyaux, hyperhémisés, avec un exsudat fibrineux dans la capsule de Bowmann. Quelques-uns, un peu rétractés, sont adhérents à la capsule. Epithélium des tubes en dégénérescence à de nombreux endroits. Les tubes droits et les régions de la papille sont fortement infiltrés de lymphocytes au milieu desquels on voit de nombreux nodules avec cellules épithélioïdes et géantes, ainsi que de petites places de caséification. Les tubes contiennent des détritux granuleux sur toute la coupe; assez nombreuses hémorragies.

» Diagnostic anatomique : tuberculose miliaire ulcéreuse des papilles. Néphrite chronique interstitielle. Glomérulo-néphrite aiguë. Pyélite hémorragique. »

(Signé : Institut pathologique de l'Université de Genève.)

Les suites opératoires sont des plus simples, le malade urine 700 cc. le soir même. On enlève le drain le troisième jour, les agrafes le huitième. Il se lève le vingtième et rentre chez lui le vingt-sixième. Une cystoscopie de contrôle montre que les ulcérations vésicales sont déjà en voie de régression.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

R... (S.), 32 ans, entré dans le service pour signes de cystite. Début il y a environ quatre mois par une pollakiurie progressive avec douleur à la fin de la miction. Le malade n'a pas regardé si ses urines étaient troubles.

Actuellement, il se lève cinq ou six fois la nuit pour uriner. Les urines sont à peine troubles et ne présentent pas de filaments.

Le malade n'a jamais constaté d'hématuries.

Blennorrhagie en 1924, guérie la même année.

Depuis deux ou trois ans, le malade a ressenti des douleurs lombaires bilatérales, diffuses, sans irradiations, profondes surtout après un gros travail. Pas d'antécédents pulmonaires, mais il tousse et crache tous les hivers.

Pas d'amaigrissement, pas d'anorexie, pas de sueurs nocturnes.

Examen. — Malade pâle, mais de bonne constitution. La palpation des reins ne permet pas de les sentir. L'exploration des points rénaux et urétéraux est indolore.

Conclusion : cystite spontanée datant de quatre mois chez un sujet primitivement en bonne santé, sans autre symptôme morbide.

Constante d'Ambard : 0,072.

Urée sanguine : 0,28.

P. S. P. p. 100 : 75.

Vessie de petite capacité : 60 à 80 cc.

La paroi supérieure est tapissée d'ulcérations et d'œdème bulleux. Rougeur du trigone. Orifice urétéral droit, paraît sain. Orifice urétéral gauche est rouge. Au-dessous de lui on note une couronne d'œdème bulleux.

Rein gauche. — Pus. Nombreux bacilles de Koch.

Total 1 heure : 49 cc.

Chlorures p. 1.000 : 7,4; éliminés : 0,362.

Urée p. 1.000 : 6,9, éliminée : 0,338.

Rein droit. — Quelques hématies. Pas de pus ni de microbes.

Total 1 h. : 14 cc.

Chlorures p. 1.000 : 18,6; éliminés : 0,260.

Urée p. 1.000 : 15,6; éliminée : 0,218

Vessie :

Total 1 heure : 12,4.

Chlorures p. 1.000 : 12,4; éliminés : 0,235.

Urée p. 1.000 : 8,8; éliminée : 0,167.

Néphrectomie gauche le 31 décembre 1930. Pas d'adhérences, bassinnet normal, à la coupe on ne trouve qu'un tout petit tubercule cru près du pôle supérieur, à un demi-centimètre de la capsule.

Les suites sont excellentes.

OBSERVATION VI.

(V. VINCITI, Bucarest, *Journal d'urologie*, oct. 1932.)

Sur un cas de tuberculose rénale.

V... (C.), 21 ans, vient consulter le mois de décembre 1930 pour mictions sanglantes; le sang colore l'urine du commencement jusqu'à la fin de la miction. Les mictions sont un peu plus fréquentes que d'habitude : 6 à 7 par jour.

Le début de ces troubles remonte à 1925, quand le malade a ressenti les mêmes phénomènes qui n'ont duré que deux jours; à ce moment, les mictions ont été fréquentes et douloureuses, surtout à la fin. L'hématurie a reparu en décembre 1927, mais d'intensité moindre. Rien à signaler depuis, jusqu'en 1930, quand le malade vient consulter. En somme, le malade accuse, à son entrée dans le service, une hématurie d'apparence totale, de vagues douleurs dans la région lombaire gauche, ainsi qu'une légère pollakiurie.

Rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents vénériens.

L'état général est bon. Rien du côté de l'appareil respiratoire, pas de fièvre. Les reins ne sont pas perçus. Epididymes, déférents normaux; prostate de même. L'urine légèrement louche, sans dépôt, contient des traces d'albumine et de sang. Dans le culot de centrifugation, on trouve quelques globules de pus, mais pas de microbes.

Réaction de Bordet-Wassermann négative. Urée dans le sang 0,38 p. 1.000.

Cystoscopie. — L'urètre est perméable. Capacité de la vessie normale.

Sur la paroi supérieure de la vessie, du côté de l'orifice urétéral gauche, on observe une ulcération ovale, aux bords irréguliers, et entourée d'une zone congestive. L'orifice urétéral droit en pente, normal; le gauche est légèrement entr'ouvert; la lèvre supérieure est un peu plus épaissie que l'inférieure.

Le reste de la muqueuse vésicale est d'aspect normal, jaune paille.

Une séparation d'urine pratiquée quelques jours après donne le résultat suivant :

Rein droit. — Pas de bacilles de Koch. Quelques leucocytes. Pas de microbes. Hématies.

Urines en cc. : $14 + 9 = 23$.

Urée p. 1.000 en grammes : 21,94; éliminée : 0,504.

Chlorures p. 1.000 en grammes : 16; éliminés : 0,36.

P. S. P. p. 100 : 34.

Capacité des bassinets en cc. : 6.

Rein gauche. — Pas de bacilles de Koch. Pas de microbes. Pus. Hématies.

Urines en cc. : $26 + 19 = 45$.

Urée p. 1.000 en grammes : 12,10; éliminée : 0,54.

Chlorures p. 1.000 en grammes : 13; éliminés : 0,55.

P. S. P. : p. 100 : 27.

Capacité des bassinets en cc. : 8.

Il n'y a donc que l'élimination de la phtaléine qui est diminuée à gauche.

La recherche du bacille de Koch dans l'urine totale et dans l'urine de chaque rein, faite plusieurs jours de suite, resta négative.

La pyurie aseptique, la déficience de la phtaléine du côté gauche et l'examen cystoscopique nous décident à intervenir.

Le 1^{er} mai 1930, sous rachianesthésie à la novocaïne, nous faisons une lombotomie gauche. La graisse périrénale est peu développée, il n'y a pas de périnéphrite. On extérise facilement un rein d'aspect normal; à l'examen macroscopique, on n'observe aucune lésion bacillaire; la palpation ne révèle rien d'anormal. L'uretère est souple, mince; il n'y a pas de périurétérite. La décapsulation du rein ne révèle non plus rien d'anormal. Comme il n'y avait pas d'erreur sur le côté à opérer, et malgré l'examen négatif, on fait la néphrectomie gauche.

Le rein enlevé est de forme et d'aspect normal; il ne pèse que 100 grammes, la décapsulation se fait sans difficulté, il n'y a pas d'adhérence. La section du rein sur son bord convexe ne révèle rien; pas de granulations bacillaires, pas d'autres lésions.

Chaque valve du rein est alors sectionnée parallèlement à la première section. Cette section découvre dans la valve postérieure, vers son pôle supérieur dans la corticale, deux petites granulations. On fait tout de suite une coloration du contenu de ces granulations au Ziel, et on découvre des bacilles de Koch.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le cinquième jour, on supprima le drain. Une cystoscopie de contrôle montra que l'ulcération de la paroi vésicale était remplacée par une zone rouge.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

G... (A.), 34 ans.

Histoire de la maladie. — Début en octobre 1931 par des envies fréquentes d'uriner. Le malade urine toutes les demi-heures; pas de douleur.

En juin, les mictions deviennent encore plus fréquentes et sont douloureuses, brûlent d'abord au début de la miction, puis pendant toute la miction. Les urines sont très troubles à ce moment.

Au début de septembre, légères hématuries totales.

Bacilles de Koch dans les urines.

Cystoscopie. — Vessie de bonne capacité, ulcérations au sommet de la vessie et sur la paroi latérale gauche, isolées et d'apparence bacillaire.

Orifice urétéral droit : sain.

Orifice urétéral gauche : un peu rouge; la sonde urétérale butte à 1 centimètre.

P. S. P. Rein droit : 30 p. 100.

P. S. P. Vessie : 35 p. 100.

Néphrectomie gauche le 19 octobre. Anesthésie boloforme. Le rein extrait facilement ne présente pas de périnéphrite ni de granulations à la surface; couleur et poids normaux. Il faut plusieurs coupes serrées et un examen minutieux pour trouver deux granulations sur une papille.

Le malade quitte le service le 3 novembre 1932. Etat satisfaisant.

OBSERVATION VIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

L., 25 ans, va consulter M. le Professeur Duvergey, envoyé par M. le Professeur Bonnin, pour cystite spontanée, le 5 juillet 1926. L'urine renferme des bacilles de Koch nombreux.

Cystoscopie. — Lésions bacillaires du côté droit de la vessie avec orifice urétéral très malade.

Cathétérisme urétéral et division des urines :

Côté droit. — Bacilles de Koch. Leucocytes nombreux.

Urée : Concentration, 4 grammes; éliminée en 2 heures, 0 g. 20.

Côté gauche. — Pas de microbes.

Urée : Concentration, 15 grammes; éliminée en 2 heures, 1 g. 20.

Constante d'Ambard : 0,06.

Azotémie : 0 g. 25.

Phénolsulfonephtaléine : 60 p. 100.

Le diagnostic de tuberculose rénale est posé. Néphrectomie droite le 3 juillet 1926. Le rein droit présente seulement une petite caverne minuscule, du volume d'un grain de maïs. Elle doit être recherchée avec soin.

Les suites sont normales.

CONCLUSIONS

Le diagnostic de la tuberculose rénale doit être établi avec beaucoup de précision.

La néphrectomie précoce doit alors être le seul moyen efficace de traitement, même si, extérieurement, le rein paraît normal.

La pièce enlevée, on peut très bien ne mettre en évidence que des lésions insignifiantes qu'il faut rechercher parfois avec le plus grand soin ou même qu'il faut révéler par l'examen microscopique.

L'examen histologique montre la réalité des lésions histologiques.

Les suites sont des plus normales et montrent bien que la néphrectomie était indispensable.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON À IMPRIMER :
Le Président,
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 30 novembre 1932.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Exploration des fonctions rénales. Paris, 1905.
- Tuberculose rénale. *Presse méd.*, n° 80, 1905, p. 517-639.
- Lésions du rein opposé de la tuberculose rénale unilatérale. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, n° 1, 1908, p. 81.
- BERNARD et SALOMON. — Lésions des reins consécutives à l'infection artérielle et veineuse des bacilles tuberculeux. *Presse méd.*, 1904.
- BRAASCH et SCHOLL. — Possible error in the diagnostic of renal tuberculosis. *Journ. Am. méd. Ass.*, n° 82, 1924, p. 688.
- CASTAIGNE. — Maladie des reins. Paris, 1926, p. 518-544.
- CATHELIN. — Les lois de l'urée et des chlorures des urines divisées des deux reins. *Rev. pratique des maladies des organes génito-urinaires*, 1^{er} mars 1912.
- CHEVASSU. — Valeur de la réaction de l'antigène de MM. Delie et Paraf pour le diagnostic rapide de la tuberculose urinaire. *Presse méd.*, 28 févr. 1912.
- Le diagnostic précoce de la tuberculose rénale. XXII^e Congrès de l'Ass. franç. d'urol., Paris, 1922.
- COLOMBINO. — Contribution à l'étude du diagnostic de la tuberculose rénale : cystologie urinaire. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, t. I, 1906, p. 81.
- CORNET. — Contribution à l'étude des indications et de la valeur de la lombotomie exploratrice pour le diagnostic et la localisation de la tuberculose rénale. Thèse Lyon, 1920.
- DE BERNE-LAGARDE. — Soc. franç. d'urol., 18 nov. 1929.

- DUCHEIN. — Valeur de l'exploration fonctionnelle des reins dans le diagnostic des formes rares de la tuberculose rénale. Thèse Paris, 1923.
- GAUTIER. — De la recherche du bacille de Koch dans les urines. *Journ. d'urol.*, 1914, t. V.
- GUTIERREZ. — Non surgical renal tuberculosis. *The Ann. Journ. of Surg.*, août 1928, p. 99-113.
- The value of indwelling ureteral catheters in urinary surgery. *Surg., Gyn. and Obst.*, fév. 1930, p. 441-454.
- Diagnostic et traitement chirurgical de la tuberculose rénale. *Journ. d'urol.*, 1931, t. II, p. 126.
- HALLE et MOTZ. — Tuberculose du bassinet et de l'uretère. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1906.
- HARRIS. — Tuberculous bacilluria. *The Brit. Journ. of Surg.*, janv. 1929.
- HARTMANN. — Soc. de chir. de Paris, fév. 1913.
- Travaux de chirurgie clinique, 1913, p. 414.
- HEITZ et BOYER. — Contribution à l'étude de l'exploration fonctionnelle des reins séparés. *Rec. des mém. d'urol. méd. et chir.*
- HOGGE. — Congrès d'urologie, 1926, p. 526.
- HOWARD-ZECK. — Tuberculose rénale. Analyse des opérations durant les neuf dernières années à l'Hôpital Bellevue. *The Journ. of Ann. méd. Ass.*, 1929.
- KUMMER M. R. H. — Tuberculose d'un rein en apparence sain. Rapport de M. Marion. *Journ. d'urol.*, 1931, p. 73.
- LEGUEU. — Tuberculose et néphrectomie. Clinique de Necker. Maloine fils, Paris, 1917, p. 177-207.
- Tuberculose rénale. Clinique de Necker. Paris, 1922, vol. II, p. 95-125, 237-253.
- Soc. franç. d'urol., 15 juin 1925.
- *Bull. de la soc. de chir. de Paris*, 1913.
- LEGUEU, AMBARD et GRUMEAU. — De l'exploration des fonctions rénales en chirurgie. *Arch. d'urol. de la clinique de Necker*, t. I, p. 498.

- LEGUEU, PAPIN et VERLIAC. — Etude anatomique de la tuberculose rénale; origine, évolution et processus de guérison. *Arch. d'urol. de la clinique Necker*, t. I., p. 436, 1913-14.
- MANDEL. — *Zeitz. f. Urol. chir.*, t. XXII, 6 avril 1927.
- MARION. — Ce que cinq granulations tuberculeuses dans un rein peuvent déterminer. *Journ. d'urol.*, 1913, III, p. 191.
- Tuberculose rénale et constante d'Ambard. *Journ. d'urol.*, t. I, 1914.
- Forme de la tuberculose rénale. *Journ. des Praticiens*, t. XXIV, n° 13.
- Néphrectomie d'après les données du cathétérisme urétéral et néphrectomie sur la Constante. *Presse méd.*, 16 mai 1923.
- Traité d'urologie, 1928, p. 284-330.
- MARSAN. — La valeur de l'exploration fonctionnelle des reins dans le diagnostic des formes rares de la tuberculose rénale. *Bull. de la soc. franç. d'urol.*, 3 juill. 1922, p. 179.
- *Journ. d'urol.*, 1931, p. 76
- MARTIN. — *Bull. de la soc. franç. d'urol.*; *Journ. d'urol.*, séance du 21 janv. 1929, p. 43
- Des erreurs dans le diagnostic de la tuberculose rénale. *Journ. d'urol.*, 1930, n° 6, p. 556.
- MEDLAR et SASANO. — Experimental renal tuberculosis with special reference to excretory bacilluria. *The Ann. Rev. of tuberculosis*, n° 4, déc. 1924.
- PASTEAU. — Congrès Ass. franç. d'urol., 1928, p. 539.
- PILLET. — Congrès d'urol., 1926, p. 532
- PONS. — La tuberculose rénale à forme douloureuse.
- RAFIN. — Mode de début de la tuberculose rénale. *Journ. d'urol.*, t. I, n° 6.
- Tuberculose rénale. *Encyclop. franç. d'urol.*, vol. II, 1914, p. 677-831.
- ROMARONI. — Résultats éloignés de la néphrectomie pour tuberculose rénale. Thèse Bordeaux, 1923.
- ROSWING. — Tuberculose du rein. *Rev. clin. d'urol.*
- THOMAS. — Renal tuberculosis. *The Journ. Am. med.*, janv. 1930

VACCAVO (Philadelphia). — Tuberculosis of the Kidney. *Med. Journ. and Record*, 1928.

VINCENT. — *Ass. franç. d'urol.*, XVII^e Congrès, 1914, p. 675.

VINTICI. — *Journ. d'urol.*, oct 1932. Sur un cas de tuberculose rénale.

WILDBOLZ. — *Zeit. Journ. Urol.*, 1908, p. 39 et 213.

— Klinischen über Nieren tuberkulose.

— Renal tuberculosis. *Journ. of urol.*, n° 21, févr. 1929, p. 145.

